

## **ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ЯРОСЛАВСКОМ РЕГИОНЕ: ОБЗОР ИТОГОВ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ 2002 ГОДА**

**Урываев В.А.\*, Черная Н.Л.\*, Басов А.В.\*\*, Иванова Т.А.\*\*\*,  
Корнилова С.Б.\*\*\*, Солондаев В.К.\*\*\***

*Ярославская государственная медицинская академия\*,  
Институт развития образования, г. Ярославль \*\*,  
«Центр помощи детям», г. Ярославль \*\*\* , Россия*

Orandum est sit ut mens sana in corpore sano"  
«Нужно молить, чтоб ум был здоровым в теле здоровом»  
Ювенал

В новых исторических условиях, для России ценность жизни и полноценного развития каждого ребенка резко возросла, происходит «качественный скачок» в понимании важности работы с детьми. В рамках новых тенденций государство интересуется уже не только физическое здоровье (как условие необходимое, но не достаточное), но и ресурсы нервно-психического потенциала развития ребенка. Ставится задача не столько защитить подрастающее поколение от инфекций, сколько укрепить, развить, расширить возможности адаптации к быстро изменяющейся действительности.

В статистической карте, которая заполнялась в ходе Всероссийской диспансеризации детей 2002 года, требовалось не только оценить состояние нервно-психического здоровья детей, но рекомендовать (при необходимости) тот или иной режим обучения, коррекционной работы или лечение у врача-психиатра.

Подчеркнем, что коррекционная работа с детьми (с семьей ребенка) - это работа в период, когда она наиболее эффективна для формирования личности. Именно в моменты «перехода», «развития», «становления», - психика человека наиболее уязвима. Когда организаторов подобных программ в одном из штатов Северной Америки

спросили: «Откуда вы берете деньги на психокоррекционную работу с младенцами, маленькими детьми и их семьями?», они ответили: «Мы экономим (!) деньги налогоплательщиков, поскольку работа с детьми - это снижение, в конечном счете, затрат на строительство порем, психиатрических и соматических лечебниц, это увеличение «экономической», «производственной» отдачи населения...»

Обязательным условием обследования было согласие родителей ребенка и обеспечение полной конфиденциальности полученных результатов.

В разработанную экспертной группой (объединяющей усилия как представителей здравоохранения, так и народного образования) программу вошли следующие методики (параметры) оценки психики ребенка:

- \* Карта наблюдений Д. Стотта (оценка наличия выраженных симптомов недоверия ребенка к новым людям вещам, ситуациям; симптомы депрессии; «ухода в себя», «тревожности» по отношению ко взрослым, детям; симптомы тревоги, недостаточной социальной нормативности, враждебности к детям, гиперактивности, эмоционального напряжения; невротические симптомы; признаки наличия неблагоприятных условий среды; признаки отклонений в сексуальном развитии; симптомы умственной отсталости, факты употребления психоактивных веществ);

- \* Проективные методики «Дом-Дерево-Человек» и «Рисунок Несуществующего Животного» (признаки снижения эмоционального фона, нарушение социальных контактов, повышенная агрессивность, тревожность, страх, высокая степень зависимости от других);

- \* Психодиагностический комплекс Е.А. Стребелевой по оценке интеллектуальных возможностей детей (до 9-ми лет); \* Тест интеллекта Р. Кеттелла свободный от влияния культуры (применяется с 9-ти лет); \* Тест Вербального Интеллекта (применяется с 9-ти лет); Все тесты оценки интеллектуального развития позволяют дать не только количественную оценку, но и качественную структуру отклонений (в том случае, если они имеются), что крайне важно для организации коррекционной работы.

Как дополнительные были рекомендованы:

- \* Гештальт-тест Лауретты Бендер – интегративная оценка развития психомоторной сферы ребенка, с высокой степенью надежности фиксирующая признаки задержки (отставания) в психическом созревании;

- \* Шкала социальной компетентности Э. Долла – оценка навыков социальной приспособленности (от 0 до 25 лет) включающая: общее самообслуживание, самообслуживание в питании; самообслуживание

в одевании; самостоятельность поступков, занятость, коммуникацию; перемещение (локомоцию), социализацию мотивов поведения;

\* Тест Личностных Акцентуаций В.П. Дворщенко (риск – для подросткового возраста - формирования неуравновешенного характера вплоть до личностных расстройств, психопатий; наличие склонностей к алкоголизации, нарушению законов, наркотизации; риск появления выраженных депрессивных переживаний, появления «демонстративных» попыток суицидов или даже формирования намерений совершить «законченное» самоубийство; а так же целый ряд дополнительных параметров оценки);

Таким образом, выбранные методики, объединенные в программу, отвечают задачам каждого возрастного этапа формирования личности и способностей ребенка, перепроверяют данные друг друга, что позволяет значительно повысить надежность результатов; обращены к опыту различных специалистов - часть методик требует заполнения педагогом, часть данных должна подтверждаться врачами, родителями; интегрируют различные сферы психологии – возрастную, клиническую, нейропсихологию, социальную психологию, педагогическую, дифференциальную; сочетают психометрические (количественные) и качественные задания и способы оценки; нацелены на взаимодействие со специалистами, которые могут оказать эффективную помощь ребенку в преодолении его затруднений – результаты достаточно легко интерпретируются социальными педагогами, врачами-психитарами, логопедами, дефектологами.

Центральной фигурой в части проведения диспансеризации был определен, и это естественно, врач-педиатр. В помощь ему были разработаны психологические пособия (1300 экз. методических рекомендаций было роздано по всем районам области), удобные регистрационные бланки (280 тысяч – по одному на ребенка области), ориентированные именно на сферу нервно-психического здоровья, обеспечена возможность (при наличии сомнений в «норме» показателей нервно-психического здоровья) обращаться к дипломированным психологам.

В свою очередь, более 3500 тысяч брошюр было роздано по психологическим службам (в них излагалась методические рекомендации по работе с тестами). Для каждого района области был закуплен психодиагностический инструментарий (стандартизированный набор, что позволило использовать статистические процедуры анализа полученных результатов). Отдельная брошюра была подготовлена для врачей- психиатров, которые принимали участие в диспансеризации. Всего было подготовлено и издано 7 наименований брошюр.

Необходимо подчеркнуть вклад в осуществление проекта Департамента здравоохранения Ярославской области, который, в конеч-

ном счете выделило более полумиллиона рублей на эту часть программы диспансеризации.

Более чем 400 психологов систем образования и здравоохранения Ярославской области приняли участие в диспансеризации. В итоге представлены к обработке (заведены в компьютер) более 15 тысяч протоколов психологического обследования. Подчеркнем – это дети, предположительно имеющие отклонения. Здесь же заметим, что не во всех районах области удалось воплотить идею плотного взаимодействия врачей-психологов-родителей-педагогов, поэтому мы полученные данные рассматриваем во многом как оценочные, требующий дополнительной верификации.

Таблица 1

Матрица корреляций диагностических методик  
(коэффициент гамма- $\gamma$ , корреляции значимы на уровне  $p < 0,05$ )

		1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Карта Стотта (сумма баллов)	1,00	0,30	0,06	0,19	0,10	0,07	-0,23	-0,19	-0,17
2	Сниженный эмоциональный фон	0,30	1,00	0,63	0,25	0,32	0,34	-0,24	-0,30	-0,20
3	Нарушение социальных контактов	0,06	0,63	1,00	0,09	0,11	0,21	-0,30	-0,02	-0,04
4	Агрессивность	0,19	0,25	0,09	1,00	0,42	0,72	-0,15	-0,03	-0,02
5	Тревожность	0,10	0,32	0,11	0,42	1,00	0,74	-0,11	-0,09	-0,05
6	Зависимость	0,07	0,34	0,21	0,72	0,74	1,00	-0,15	-0,02	0,05
7	Методика Стребелевой (сумма баллов)	-0,23	-0,24	-0,30	-0,15	-0,11	-0,15	1,00	-0,01	0,00
8	Тест CF2A (сумма баллов)	-0,19	-0,30	-0,02	-0,03	-0,09	-0,02	-0,01	1,00	0,49
9	Тест ТВИ (сумма баллов)	-0,17	-0,20	-0,04	-0,02	-0,05	0,05	0,00	0,49	1,00

Как видно из таблицы, связь между результатами различных методик, входивших в набор, выражена слабо за исключением показателей эмоциональной сферы), что говорит, во-первых, об отсутствии избыточных, дублирующих друг друга методик, а, во-вторых, косвенно подтверждает широту зоны охвата применявшегося диагностического набора.

Затем, методом дисперсионного анализа (ANOVA/MANOVA) по нескольким группам испытуемых, однородных по половому и возрастному признакам, а также по всей выборке в целом исследовался вклад каждой из методик в общий результат обследования.

Дисперсионный анализ показал, что каждая из методик вносит свой вклад в общий результат при максимальном уровне значимости ( $p < 0,0001$ ). Кроме того, при высоком уровне значимости ( $p < 0,0001$ ) подтвердилась гипотеза о наличии связи общего результата обследования с результатом по каждой из трех сфер: эмоциональной, поведенческой, интеллектуальной.

Таким образом, результаты статистического анализа дают основание считать, что предложенный диагностический набор доказал свою эффективность в условиях массового обследования.

Достоверная зависимость общего результата от результата обследования эмоциональной, поведенческой, интеллектуальной сфер, а также зависимость результатов по трем сферам от показателей по соответствующим диагностическим методикам говорит о том, что обработка результатов, их кодирование и интерпретация осуществлялась корректно, на высоком профессиональном уровне.



Рис. 1. Распределение общего результата по всем обследованным детям.

Детей, «дошедших до психолога» (до второго этапа скрининга) оказалось 10% от всех обследованных. На наш взгляд этот показатель свидетельствует об удовлетворительной выявляемости проблем в сфере психического здоровья.

Треть из детей, направленных на консультацию психолога, после проведения психодиагностического исследования была признана «имеющими особенности в границах возрастной нормы» и, соответственно, не имеющие «отклонений».

Другая часть детей была оценена как «имеющие отклонения» (различной степени выраженности) и каждому был определен тот или иной режим коррекционной работы.

Анализ распределения нарушений по выборке в целом показывает, что чаще всего встречаются нарушения одновременно в трех сферах – 33,78 %, либо отсутствуют также в трех сферах – 31,86 %.

Затем в порядке убывания частоты следуют: поведенческие и эмоциональные нарушения - 11,98 %; эмоциональные нарушения - 9,18 %; поведенческие нарушения - 4,66 %; интеллектуальные нарушения - 3,95 %; эмоциональные и интеллектуальные нарушения - 2,81 %; поведенческие и интеллектуальные нарушения - 1,78 %.

На первый план, таким образом, вышли расстройства в эмоциональной сфере. Они, сами по себе и в сочетании с поведенческими и интеллектуальными нарушениями составили почти две трети отклонений.

Второй по представленности, оказалась группа поведенческих нарушений (сами по себе и в сочетании с эмоциональными и интеллектуальными нарушениями) – около 40 %.

Только третье место занимают интеллектуальные нарушения (сами по себе и в сочетании с эмоциональными и поведенческими).

Анализ распределения общего результата в зависимости от возраста показал, что с возрастом статистически значимо ( $p < 0,01$ ) «уменьшается» число детей, нуждающихся в программах психолого-медико-педагогической коррекции, а число детей, обследованных ПМПК и нуждающихся в специальном (коррекционном) образовании «возрастает».

Число детей, нуждающихся в консультации психиатра, не зависит от возрастной группы. Эти результаты интересны тем, что наглядно показывают важность коррекционно-развивающей помощи в дошкольном возрасте. Именно в дошкольном возрасте способности компенсации очень велики и своевременная ранняя помощь будет наиболее эффективна.

Сделанные нами выводы подтверждаются данными о распределении отклонений в развитии по четырем возрастным группам, которые приведены на рисунке 2.



Рис. 2. Распределение нарушений психического развития в зависимости от возрастной группы.

Значение полученных результатов, как нам представляется, заключается в следующем:

**Во-первых**, в масштабах региона продемонстрирована возможность силами врачей и психологов решения крупных социально-психологических задач, к которым мы, безусловно, относим проблему нервно-психического здоровья подрастающего поколения. Полученные результаты дают наиболее полную и объективную в настоящее время характеристику нервно-психического здоровья детей Ярославской области, что важно для планирования социальной политики.

**Во-вторых**, результаты позволяют рассчитать потребность в специалистах (психологах, учителях-дефектологах, социальных педагогах и др.) для организации коррекционно-развивающей работы в образовательных учреждениях. Пожалуй, впервые в отечественной истории психологии и медицины получены данные, опираясь на которые можно проводить расчеты потребности (для региона) в медико-психологических кадрах и необходимого уровня их профессиональной подготовленности. Эти расчеты можно конкретизировать по районам области.

**В третьих**, разработана единая методическая база для оценки нервно-психического здоровья детей специалистами образовательных учреждений и учреждений системы здравоохранения. Помимо этого, на основе единой методической базы возможно создание и единой по своей методологии системы коррекционной работы, что, в свою оче-

редь, позволит сопоставлять успешность тех или иных психологических техник и их адекватность тем или иным медицинским показаниям. Предложенное методическое обеспечение было усовершенствовано после обработки результатов.

**В четвертых,** достигнут более высокий уровень осознания медиками и педагогами проблем психического здоровья детей, среди различных групп населения проведена популяризация профилактической психолого-медико-социальной помощи.

Проведенный мониторинг служит диагностической основой разработки программ профилактики нервно-психических нарушений во всех трех ведущих сферах, основой полноценного развития личности ребенка, коррекции его внутрисемейных отношений.